

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond BRETEGNIER

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Technique de l'hystéro-colpectomie totale

DANS LA

CURE DES GRANDS PROLAPSUS UTÉRINS

CHEZ LES FEMMES AGÉES

Président : M. J. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

401

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond BRETEGNIER

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

Technique de l'hystéro-colpectomie totale

DANS LA

CURE DES GRANDS PROLAPSUS UTÉRINS

CHEZ LES FEMMES AGÉES

Président : M. J. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique.	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ DELBET
	{ QUENU
	{ LEJARS
	{ HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTIERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Tours

Externat et internat :

1906-1909. M. le Docteur L.-N. LAPEYRE (Professeur de clinique chirurgicale).

MM. les Professeurs BARNSBY (*in memoriam*), THIERRY.

Paris

Externat :

1909-1910. M. le Docteur LAUNAY (Chirurgien de l'hôpital Cochin).

1910-1911. M. le Docteur LESNÉ, Médecin de l'hôpital Trousseau.

1911-1912. M. le Docteur LENOIR, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

1912-1913. M. le Professeur MÉNETRIER, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Internat provisoire :

1914. M. le Docteur PAPILLON, médecin de l'hôpital Desbrousses.

Internat :

1919-1920. M. le Docteur LAPOINTE, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

1920-1921. M. le Docteur LAUNAY, chirurgien de l'hôpital Cochin.

A M. le Professeur J.-L. FAURE

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Technique de l'hystéro-colpectomie totale

DANS LA

CURE DES GRANDS PROLAPSUS UTÉRINS

CHEZ LES FEMMES AGÉES

Au cours de notre année d'internat dans le service de M. le docteur Lapointe, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, nous l'avons assisté dans un certain nombre d'intervention pratiquées pour de grands prolapsus utérins chez des femmes âgées ; et nous avons été frappés, alors que toute opération plastique paraissait vouée à l'insuccès, par les bons résultats de l'hystéro-colpectomie totale suivant le procédé employé par M. Lapointe qui en a réglé certains détails de technique en s'inspirant des nombreux travaux publiés sur cette question, et qui mettent principalement en valeur l'importance de la fermeture primitive du péritoine et de la résection totale du vagin.

Qu'il nous soit permis ici de lui adresser nos remerciements pour les précieuses indications qu'il

a bien voulu nous fournir dans la rédaction de ce travail en même temps que pour la bienveillance et la confiance qu'il nous a témoignées pendant les quinze mois passés auprès de lui au début de notre internat.

INTRODUCTION

L'idée d'enlever un utérus volumineux et complètement prolabé n'est pas récente puisque Soranus dans un traité de chirurgie datant du II^e siècle rapporte le cas d'un utérus prolabé entièrement et à demi putréfié enlevé en totalité sans dommage pour la malade.

Un cas analogue est rapporté dans les œuvres d'Ambroise Paré.

Mais ces cas sont exceptionnels et avant d'en arriver aux opérations mutilantes les chirurgiens moins audacieux ont commencé à traiter ces grands prolapsus par des opérations plastiques aussi nombreuses que variées.

Sans parler des cautérisations vaginales, des excisions de lambaux de muqueuse ayant pour effet de créer des adhérences entre les parois vaginales, citons : le cloisonnement du vagin de Le Fort, l'épisiorraphie de Friche, l'élytrorrhaphie puis les colporrhaphies antérieures et postérieures complétées par la périnéorrhaphie avec miorrhaphie des releveurs.

Ces interventions purement plastiques efficaces en général dans la cure des prolapsus moyens, durent

pour les grands prolapsus être le plus souvent complétées par des opérations ayant pour effet de suspendre l'utérus ou de modifier sa position pour en améliorer la statique. Citons l'opération d'Alquier-Alexander, l'hysteropexie, la ligamentopexie, la cystopexie, enfin les fixations et interpositions vaginales suivant les procédés de Wertheim et Schauta.

Malgré la combinaison de ces divers procédés, il est une catégorie de grands prolapsus, complets, avec cystocèle et souvent rectocèles survenant chez des femmes âgées dont le périnée relâché et plus ou moins effondré ne paraît pas susceptible d'une réparation suffisante. Les statistiques montrent en effet la fréquence des récidives à la suite des opérations plastiques dans ces cas qui semblent seulement justiciables des opérations dites mutilantes, allant depuis l'hystérectomie simple abdominale ou vaginale jusqu'à la colpo-hystérectomie totale qu'on peut combiner du reste à une opération plastique ou de suspension.

On a discuté sur l'opportunité de ces interventions mutilantes et avancé ou reculé suivant les auteurs les limites de leurs indications ; quoi qu'il en soit, il est des cas où elles s'imposent et ceci nous suffit pour en étudier la technique.

Elles s'imposent lorsqu'il existe des lésions utérines ou annexielles justifiant par elles seules l'hystérectomie :

Le cancer, beaucoup de fibrômes, certaines salpingites bilatérales.

Elles s'imposent encore chez les femmes âgées, ménopausées, affligées d'un prolapsus total, difficilement réductible, ulcéré, parfois enflammé, constituant une infirmité et un danger.

L'indication existera encore le plus souvent, et toujours chez les femmes âgées en présence d'un prolapsus récidivé à la suite d'une intervention bien conduite, chez une femme dont les tissus périnéaux de mauvaise qualité ne paraissent pas susceptible d'une nouvelle restauration solide.

Par contre on s'abstiendra chez les femmes dont le très grand âge ou une lésion ou tare organique, constituerait une contre-indication générale à toute chirurgie sanglante. Et aussi non seulement chez les femmes en état d'avoir encore des grossesses, mais encore chez celles qui ne voudront pas encore renoncer à l'usage de leur vagin.

HYSTÉRO-COLPECTOMIE TOTALE

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La diversité des procédés employés dans la cure des grands prolapsus utérins par l'extirpation plus ou moins complète de l'utérus et du vagin, montre qu'un certain nombre de points de technique opératoire prêtent encore à discussion.

1° La Colpectomie

Elle constitue le temps essentiel de l'opération ; beaucoup plus important dans la cure des grands prolapsus que l'hystérectomie elle-même qu'on a longtemps pratiquée seule lorsqu'on considérait le poids de l'utérus comme la cause principale du prolapsus.

La colpectomie est en réalité l'équivalent de la résection du sac dans la véritable hernie périnéale que représente le prolapsus et elle devra être totale comme doit l'être la résection d'un sac de hernie.

C'est Fritsch qui, le premier, a complété l'hysté-

rectomie par la colpectomie dans la cure des grands prolapsus : après tracé d'un lambeau vaginal postérieur qui ne comprend qu'une partie du vagin ; il ouvre le cul-de-sac de Douglas, et bascule l'utérus d'avant en arrière. Il termine après ligature et section des ligaments larges, par la dissection d'un lambeau vaginal antérieur partiel, et après séparation de la vessie du col utérin et section du cul-de-sac péritonéal antérieur, l'utérus tombe, entouré d'une large collerette vaginale.

C'est ce procédé d'hystérectomie avec colpectomie incomplète que Pozzi a introduit et employé en France en l'améliorant et en pratiquant la section de la paroi antérieure du col pour amener plus facilement l'organe.

Mais il est certainement préférable de réséquer entièrement les parois vaginales à la façon de Martin, de Chaput, de Muller. Certes cette opération équivaut à la suppression de l'organe et elle ne peut être pratiquée que chez une malade qui consent à renoncer aux rapprochements sexuels ; mais à vrai dire ces interventions s'adressent avant tout à des femmes âgées ; et d'autre part à la longue il se crée le plus souvent au niveau de la cicatrice une dépression parfois assez accentuée pour jouer le rôle du vagin absent.

Quoi qu'il en soit la colpectomie, surtout totale, est un temps indispensable et les statistiques opératoires avec résultats éloignés montrent combien elle est supérieure à la simple hystérectomie.

Fritsch en effet accuse 89 o/o de guérisons avec son procédé.

Doderlein 80 o/o.

Gaston dans sa thèse sur 69 opérations relève 67 résultats heureux.

Delivet dans sa thèse relate sur 10 malades opérées par M. Demarest, d'hystéro-colpectomie, 10 guérisons très simples dans les délais normaux avec 1 mort un mois après l'opération paraissant due à une cause indépendante.

Comme résultats éloignés, une malade morte neuf mois après l'opération, 1 perdue de vue et 7 opérées revues en parfait état à plus ou moins longue échéance.

Enfin dans la statistique de M. le Dr Lapointe qui porte sur 12 malades opérées par l'hystéro-colpectomie totale. Onze fois les suites opératoires ont été simples et normales (la malade ayant quitté l'hôpital entre le quinzième et le vingtième jour), par contre — on note une mort le troisième jour par urémie.

D'autre part, chez 7 malades suivies pendant une période de trois mois à un an, le prolapsus ne s'est pas reproduit et elles ont pu reprendre leur vie normale.

Deux ont été opérées trop récemment par juger des résultats éloignés — 3 opérées avant la guerre ont été perdues de vue.

Ces résultats sont très supérieurs à ceux fournis par l'hystérectomie simple sans colpectomie comme

la pratiquait primitivement Richelot, Quénu, Segond, Hartmann, Le Dentu, Routier, Chaput, Lejars.

Bien que ces auteurs aient pu guérir un assez grand nombre de prolapsus, ces guérisons sont loin d'être constantes, et sont assez fréquemment incomplètes.

Dans une statistique d'hystérectomie simple pour prolapsus portant sur 29 cas (thèse de Prieur) on trouve 15 bons résultats, 11 résultats médiocres ou mauvais ; (les malades présentant après l'opération un degré plus ou moins accentué de cystocèle) ; 1 mort et 2 résultats douteux.

2^o Hystérectomie

Ces résultats montrent que l'hystérectomie simple est insuffisante dans la cure des grands prolapsus et qu'elle a beaucoup moins de valeur que la colpectomie pour le résultat final.

Est-ce à dire qu'il est préférable de laisser systématiquement l'utérus en place et de se contenter comme certains auteurs de la colpectomie simple.

Muller de Berne, le premier, a préconisé la colpectomie simple, procédé qui a été introduit en France par Savariaud.

Les partisans de cette méthode invoquent, pour un résultat équivalent, une plus grande simplicité de l'opération qui présenterait moins de gravité, tandis que l'hystérectomie serait plus grave, plus longue, plus choquante et plus difficile.

Tout récemment, M. Savariaud a repris la question à la Société de Chirurgie en insistant sur la plus grande insécurité de l'hémostase dans l'hystérectomie, sur les risques d'infection péritonéale, les parties prolabées étant souvent irritées et septiques, voire même ulcérées et ces ulcérations pouvant être rebelles aux soins préopératoires.

Certes ces arguments doivent être pris en considération, mais à vrai dire, l'hystérectomie vaginale est une opération relativement peu choquante et nullement *formidable* comme la qualifiait un élève de Muller. Elle est particulièrement facile dans les cas de prolapsus, l'utérus descendant sous la moindre traction.

La durée de l'opération n'est pas très sensiblement augmentée, les temps les plus longs et les plus difficiles étant ceux de la colpectomie.

Enfin, les risques d'hémorragie paraissent devoir être réduits au minimum, lorsque les ligatures auront été faites avec soin et méthode.

Par contre, il paraît peu judicieux de laisser dans le bassin un organe inutile, susceptible de dégénérer et qu'on aurait pu enlever à si peu de frais au cours de l'opération.

On peut aussi se demander, dans les cas où on a supprimé le vagin et lorsque l'utérus n'est pas atrophié, ce que deviennent les sécrétions utérines qui n'ont alors plus aucune voie sur l'extérieur. Il est vrai que Muller avait préconisé dans ces cas la fixation du col utérin à la vulve, mais au détriment de

la solidité en perdant le bénéfice de la colonne cicatricielle qui remplace le vagin après la colpectomie.

Enfin l'ablation de l'utérus présente un avantage dans la cure de la cystocèle. Elle permet suivant le procédé que nous décrivons de la soutenir en suturant directement le péritoine à la tranche de ce qui reste du vagin, et de la refouler ainsi derrière la symphise.

Certes la présence d'une ulcération rebelle et septique sur le vagin ou le col peut être une contre indication à l'ouverture du péritoine ; mais à vrai dire son infection doit être rare puisque pas un seul cas de péritonite n'est relevé dans les statistiques d'hystéro-colpectomie pour grands prolapsus au moins depuis l'époque où la pratique de la chirurgie aseptique est devenue courante.

3° Nécessité de fermer le péritoine et le vagin pour une réunion par première intention.

Les chirurgiens qui firent les premières hystérectomies vaginales pour prolapsus tels que Richelot, Second, Pozzi, Fritsch, se contentaient de tamponner la brèche vaginale et de drainer par cette voie la cavité péritonéale. Ils redoutaient les complications septiques et les hémorragies secondaires.

Actuellement, avec la chirurgie aseptique ces complications ne sont guère à redouter. Les statis-

tiques qui ne relèvent aucun cas de péritonite à la suite de ces interventions en sont la preuve ; et d'autre part, la suture de ce qui reste du vagin et la fermeture du péritoine paraissent indispensable pour la solidité ultérieure du périnée et la simplification des suites opératoires.

Bien entendu, cette pratique interdit l'emploi des pinces à demeure, et nécessite la ligature des ligaments larges très facilitée du reste par le prolapsus.

4° Utilité de fixer le moignon vaginal aux moignons des ligaments larges

Cette technique préconisée par Quénu paraît susceptible de jouer un rôle favorable dans la statique ultérieure du périnée, bien que d'après Richelot et Reclus le rôle des ligaments, étirés et flasques dans les grands prolapsus, soit sans valeur.

Ils pourront cependant constituer une sangle solide si on les a suturés au moignon vaginal après les avoir réséqués haut en dehors des annexes.

5° Utilité de ne pas ouvrir la cavité utérine

A l'encontre des procédés employés par Pozzi, Quénu, Demarest, Doyen, il nous a semblé préférable autant que possible de ne pas ouvrir la cavité utérine qui peut être septique, et ceci en raison de la nécessité de fermer le péritoine et le vagin en s'abstenant de tout drainage.

6° Danger des lésions vésicales et urétérales dans l'hystéro-colpectomie

La dissection du lambeau vaginal antérieur, et la séparation de la vessie du col utérin nous a paru le point le plus difficile de l'intervention ; aussi nous a-t-il semblé préférable de commencer par ce temps délicat, et de se débarrasser de la vessie prolabée et gênante en suturant le feuillet antérieur du cul-de-sac péritonéal ouvert à la tranche vaginale, en arrière de la vessie, à la manière de Fritsch et de Martin.

7° Simplicité et rapidité de l'intervention

La simplicité et la rapidité étant un important facteur de réussite, il faudra combiner les différents temps de la colpectomie et de l'hystérectomie dans un ordre logique qui permette de les exécuter dans le minimum de temps et avec le maximum de sécurité.

8° Opérations plastiques complémentaires

Les opérations de suspension du moignon-vaginal par voie abdominale devront être rejetées (colpopexie pariétale ou sacrée). Elles seraient inutiles et aggraveraient considérablement le pronostic.

Par contre il pourra être indiqué de pratiquer une opération plastique périnéale complémentaire, bien que dans les cas où nous ne les avons pas pratiquées, le résultat définitif n'en a pas semblé compromis, et que nous avons ainsi évité à la malade une opération supplémentaire susceptible d'augmenter la longueur de l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Soins préopératoires

Ils devront être particulièrement minutieux. L'examen général de la malade sera pratiqué avec le plus grand soin, en particulier l'examen des reins au point de vue de leur valeur fonctionnelle. Il faudra savoir différer une intervention ou même y renoncer toutes les fois que cet examen aura révélé une tare de l'appareil urinaire ou cardio-vasculaire pouvant faire prévoir des suites opératoires difficiles.

Les soins locaux devront être exécutés minutieusement et la malade préparée suffisamment longtemps avant l'intervention pour que soit obtenue une asepsie suffisante des parties génitales souvent enflammées et ulcérées par les frottements.

Anesthésie

En principe l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther nous a semblé plus commode mais nous donnons la préférence à la rachi-anesthésie à la novocaïne moins choquante et qui ménage les pou-

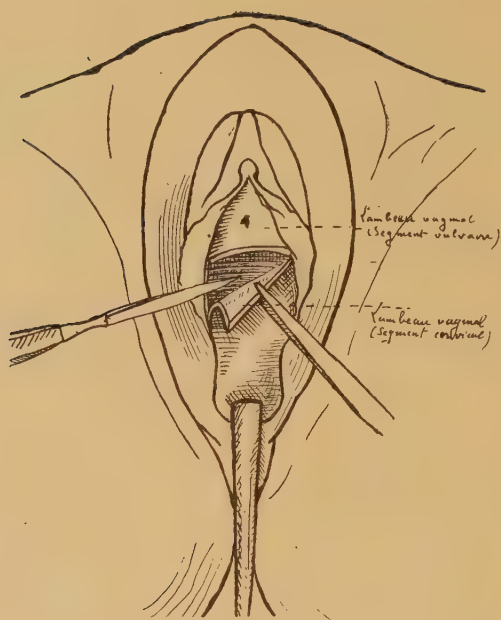


Figure 1

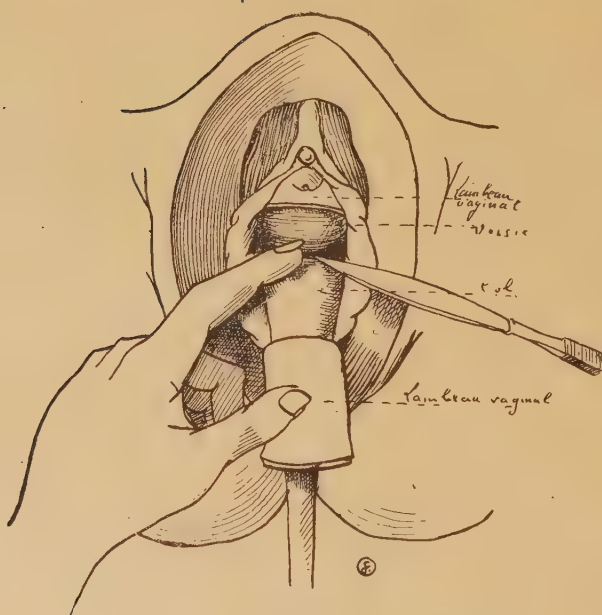


Figure 2

mons fragiles de ces femmes âgées. Pratiquement les trois quarts d'heures d'anesthésie parfaite obtenus par ce procédé nous ont paru largement suffisants pour terminer sans hâte l'opération en évitant les inconvénients et les dangers d'une anesthésie générale.

PREMIER TEMPS. — Mise en place de deux valves vaginales. Attraction du col en bas avec une pince de Museux.

a) *Tracé du lambeau vaginal antérieur.* — Incision transversale du vagin à un ou deux centimètres au-dessous du méat ; cette incision comprend toute la largeur de la face antérieure du vagin sur laquelle on branche de chaque côté deux incisions longitudinales se terminant au voisinage de l'orifice externe du col.

b) *Tracé du lambeau postérieur* en attirant le col en haut vers le pubis et en complétant l'incision transversale antérieure du vagin par une incision transversale postérieure de manière à détacher le vagin sur toute sa circonférence à 1 centimètre environ de la vulvé.

DEUXIÈME TEMPS (fig. 1). — Dissection du lambeau antérieur comprenant toute la paroi vaginale qu'on dissèque de haut en bas au bistouri en prenant garde de ne pas léser la vessie. On continue cette dissection jusqu'au voisinage de l'orifice externe du col en laissant pendre ce lambeau qui a une forme quadrangulaire. Pour être plus sûr de ne pas léser la vessie dans cette manœuvre, on pourra soulever la paroi

vésicale avec un hystérectomètre introduit par l'urètre.

TROISIÈME TEMPS (fig. 2). — On sépare au doigt et au ciseaux la vessie du col utérin en empiétant plutôt dans le tissu utérin pour ne pas blesser la vessie ou les uretères. On continue cette dissection jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

QUATRIÈME TEMPS (fig. 3). — Ouverture du cul-de-sac péritonéal attiré avec une pince à griffes.

CINQUIÈME TEMPS (fig. 4). — Suture de la lèvre antérieure de la brèche péritonéale à la tranche vaginale antérieure au-dessus du méat en refoulant en haut la vessie qui se trouve soutenue par cette sangle vagino-péritonéale et refoulée aussi vers le pubis.

SIXIÈME TEMPS. — Le doigt introduit dans la brèche péritonéale va chercher le fond de l'utérus et l'attire de façon à le faire basculer en avant. Le fond de l'utérus est saisi avec une pince de Museux et les annexes attirées à la vulve.

SEPTIÈME TEMPS. — Les ligaments larges droits et gauches étant successivement attirés et tendus, on les sectionne le plus haut possible après ligatures étagées suivant le procédé habituel.

HUITIÈME TEMPS (fig. 5). — Le fond de l'utérus étant fortement attiré en bas, et l'organe ne tenant plus que par les ligaments utéro-sacrés, le péritoine postérieur et la paroi vaginale postérieure ; on sectionne les ligaments utéro-sacrés et le péritoine dont la tranche est suturée en avant à la tranche vagino-

péritonéale antérieure qui soutient la vessie. Ainsi la cavité péritonéale se trouve formée.

NEUVIÈME TEMPS (fig. 6). — L'utérus n'étant plus retenu que par le lambeau vaginal postérieur, ce dernier est décollé avec précaution du rectum et l'utérus vient alors de lui-même avec une collerette comprenant la presque totalité du vagin.

Il ne reste plus qu'à suturer la tranche vaginale postérieure à la tranche vagino-péritonéale antérieure en passant l'aiguille de chaque côté dans les moignons des ligaments larges de façon à les solidariser avec la suture vaginale et à utiliser à la manière de Quénu leur rôle suspenseur dans la mesure de leur résistance.

Pansement. — Une mèche aseptique dans le vagin.

Une sonde vésicale à demeure pendant deux ou trois jours.

Soins post-opératoires. — En cas de suintement, quelques injections vaginales antiseptiques.

Lever du douzième au quinzième jour.

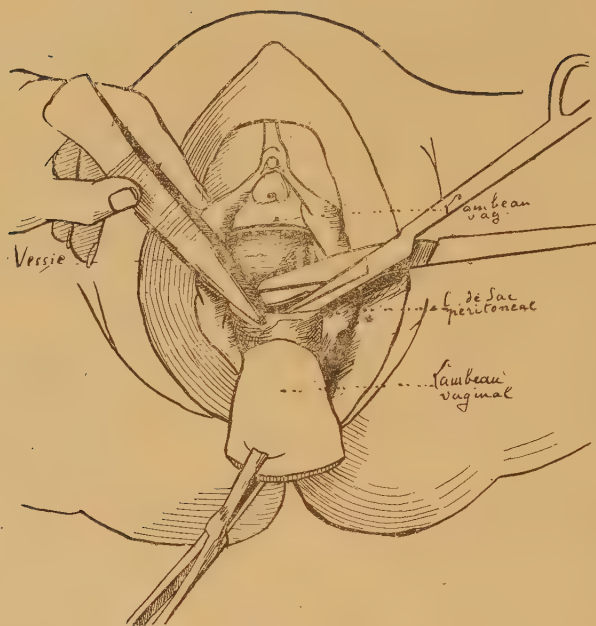


Figure 3

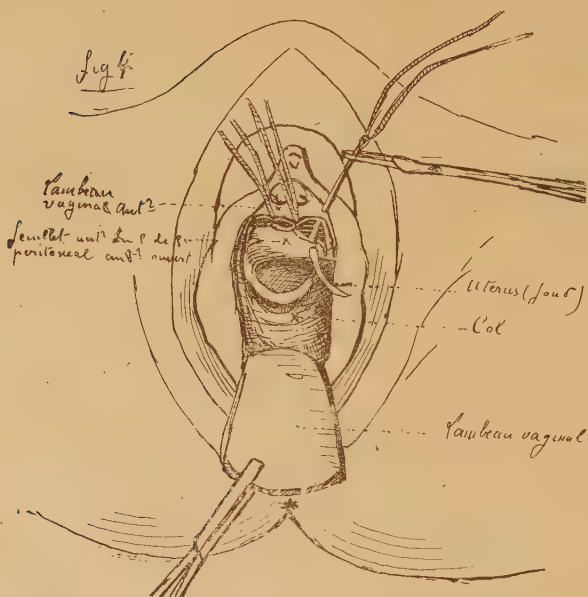


Figure 4

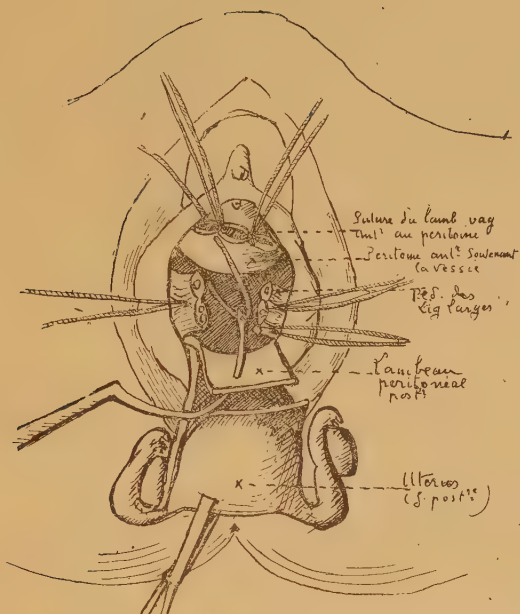


Figure 5

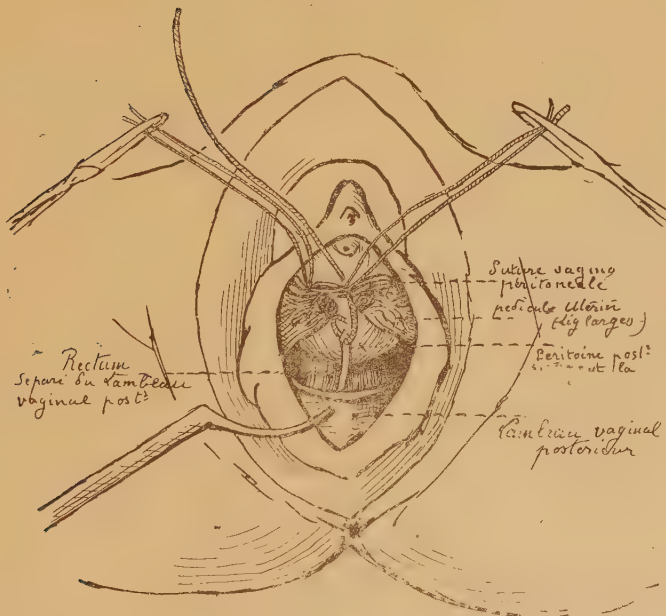


Figure 6

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme L. M..., âgée de cinquante ans.

N'est plus réglée.

Vient consulter pour un prolapsus total avec col gros largement béant.

Le volume de l'utérus est de quatre fois environ le volume normal.

Le prolapsus s'accompagne de cystocèle avec troubles de la miction, la malade souffre et la marche est très pénible.

Intervention le 27 juin 1919. — En raison de l'importance du prolapsus et de l'état de l'utérus gros et fibromateux on pratique l'hystéro-colpectomie totale suivant la technique décrite.

Pas de périnéorrhaphie.

Rachi-anesthésie à la novocaïne.

Suites opératoires. — Normales.

Le 4 avril 1920, la malade donne d'excellentes nouvelles, le prolapsus ne s'est pas reproduit ; les troubles de la miction et les douleurs ont disparu, le malade a repris le cours normal de ses occupations.

OBSERVATION II

Mme L..., jardinière, cinquante-cinq ans.

N'est plus réglée.

Prolapsus du deuxième degré, l'utérus sort à la vulve un peu gros et retroversé ; vulve large, périnée distendu. Grosse cystocèle.

En raison de l'importance du prolapsus et de la mauvaise qualité présumée des tissus périnéaux on pratique la colpo-hystérectomie.

Opération. — Le 15 juin 1919.

Rachi-anesthésie à la novocaïne, pas de périnéorrhaphie.

Suites immédiates. — Normales.

Suites éloignées. — Le 6 avril 1920, la malade accuse une amélioration très notable, le prolapsus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION III

Mme C. M..., soixante-quatre ans.

Gros prolapsus total avec cystocèle indiquant une hystéro-colpectomie malgré l'âge avancé et un état général assez médiocre.

Opération. — Le 10 septembre 1919.

Rachi-anesthésie.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération oligurie avec troubles urémiques.

Mort dans le coma urémique le 14 septembre.

OBSERVATION IV

Mme L..., cinquante-deux ans.

Prolapsus complet de l'utérus, invétéré avec épaissement de la muqueuse vaginale.

Grosse cystocèle.

Hystéro-colpectomie le 25 octobre 1920.

Anesthésie : éther à la compresse. Grosse difficulté pour séparer le col de la vessie.

Suites immédiates. — Normales.

Suites éloignées. — La malade n'a pas pu être examinée, mais dans une lettre datant du 12 avril 1920 elle accuse une guérison complète.

OBSERVATION V

Mme P..., soixante-huit ans.

Prolapsus total avec tumeur pelvienne prise pour un fibrome, gros comme les deux poings, impossible à soutenir par un pessaire.

Grosse cystocèle.

Douleur, pollakiurie.

Intervention le 15 novembre 1919.

Anesthésie. — Rachi-anesthésie pendant les deux tiers de l'opération continuée au chloroforme.

Technique habituelle avec extraction d'un kyste de l'ovaire gauche rempli de liquide séro-hématique fœtide

Pas de périnéorraphie.

Suites immédiates. — Normales.

Suites éloignées. — Le 10 avril 1920, la malade se sent très améliorée. Les douleurs ont disparu, les mictions sont redevenues normales. A l'examen le périné tient, tout au plus sent-on au doigt la vessie qui bombe légèrement derrière la symphyse. Au niveau de la cicatrice vaginale il existe une dépression infundibuliforme.

OBSERVATION VI

Mlle L. J..., cinquante ans.

Prolapsus total.

Opération. — Le 15 février 1919.

Suites opératoires normales.

Le malade quitte l'hôpital le 7 mars 1919 avec un périné qui paraît solide.

OBSERVATION VII

Mme G. J..., soixante ans.

Opérée le 28 avril 1920 pour prolapsus complet. Hystéro-colpectomie presque totale. Le décollement vagino-rectal donne beaucoup de sang.

Rachi-anesthésie.

Suites opératoires normales.

La malade sort de l'hôpital avec un périné qui tient.

OBSERVATION VIII

Mme Ch..., cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, le 31 mars 1910.

Quatre grossesse ; ménopausée depuis deux ans.

Prolapsus total, vagin et utérus hors de la vulve, il reste un demi sillon postérieur profond de 3 à 4 centimètres.

7 avril 1910. — Hystérectomie avec colpectomie presque totale sans aucun incident suivant la technique habituelle.

Rachi-anesthésie.

Suites opératoires. — Normales, lever le douzième jour.

Sort le 22 avril avec un périné qui paraît solide.

La malade n'a pu être suivie ultérieurement.

OBSERVATION IX

Mme M..., cinquante-quatre ans.

Prolapsus au deuxième degré avec utérus fibromateux gros comme le poing.

Intervention le 2 février 1920. — Hystéro-colpectomie suivant la technique habituelle.

L'hystéro-colpectomie est complétée par une périnéorraphie postérieure sans isolement typique des releveurs.

Anesthésie. — Rachi-anesthésie à la novocaïne.

Suites opératoires normales. — La malade sort le quinzième jour en parfait état.

En mai 1920, on reçoit d'excellentes nouvelles de la malade qui continue à se sentir très soulagée par son opération.

OBSERVATION X

Mme F..., Elisa, cinquante et un ans.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 7 juin 1910, pour prolapsus total, complet en avant, incomplet en arrière.

13 juin 1910. — Colpo-hystérectomie totale suivant la technique habituelle.

Seul le dernier temps (clivage vagino-rectal) présente quelques difficultés au point de vue de l'hémostase.

La malade sort guérie le quinzième jour avec un périnée solide.

Pas de nouvelles ultérieures.

OBSERVATION XI

Mme C..., cinquante-sept ans, journalière, entrée à Lariboisière le 24 juillet 1911.

Prolapsus presque total avec grosse cystocèle, petit utérus, col sain.

Intervention le 28 juillet 1911. — Colpo-hystérectomie totale sans incidents. Rachi-anesthésie.

La malade sort guérie avec un périnée qui paraît solide le 15 août.

OBSERVATION XII

Mme D... Thérèse, quarante-trois ans. Entrée à Lariboisière le 12 juillet 1911.

Prolapsus incomplet avec col à la vulve grosse cystocèle et incontinence. Utérus hypertrophié et en rétroversion.

Intervention le 12 juillet 1911. — Colpectomie et hystérectomie après hémisection de l'utérus. Le décollement de la vessie ayant été pénible et dans la crainte qu'elle n'ait été blessée le péritoine n'est pas suturé à la tranche vaginale antérieure, mais est fermé transversalement.

Ce qui reste du vagin n'est pas suturé et un drain est laissé dans la plaie.

Sortie le 10 août en bon état, la plaie n'étant pas cicatrisée.

Quelques semaines plus tard apparaît une petite fistule sur le bas fond de la vessie.

13 avril 1911. — Fermeture de la fistule. Le périnée est solide et le prolapsus ne s'est pas reproduit.

CONCLUSIONS

1° Il existe une certaine catégorie de grands prolapsus qui paraissent ne pouvoir être guéris que par une opération mutilante, dans l'espèce la colpectomie large associée à l'hystérectomie ;

2° Cette intervention ne doit être pratiquée en principe que chez des femmes âgées, après la ménopause, et qui consentent à la suppression de leur vagin. Elle est relativement bénigne, et ses résultats précoces et éloignés très satisfaisants ;

3° La technique en est relativement facile et ses principaux points comportent l'hystérectomie combinée à une très large colpectomie avec fermeture du péritoine, et réunion primitive des tranches vaginales, de manière à constituer une véritable cure radicale de la hernie périnéale que représente le prolapsus ;

4° Une opération plastique complémentaire ne paraît pas indispensable ;

5° Ainsi conduite, l'hystéro-colpectomie totale

semble plus logique, et ne paraît pas présenter sensiblement plus de gravité que la colpectomie simple ou opération de Muller.

Vu : le Président de la thèse,

FAURE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Asch (R.)*. — Arch. f. gynecologie, 1889, t. XXXV, p. 187.
- Autefage*. — Trait. ch. des gr. prolapsus utér. (Arch. prov. de chir., t. XIX, n° 8).
- Bissel*. — Vag. Hyst. tech. for prolaps. of. the uterus (Surg. Gyn. et Obst. Chicag., 1919, t. XXVIII, 138-145).
- Bouilly et Lœwy*. — Procéd. op. p. la cure des gd. prolaps. (Rev. gyn., 1902, t. VI).
- Braun*. — Central Blatt. f. Gyn., 1891.
- Bellican*. — Th. Paris, 1894.
- Baldy*. — Journal am. of. obst., 1893.
- Bielhy*. — Die Kelpsectomie alo. prolaps. oper. Th. Berne, 1902.
- Chaput*. — Semaine médicale, 1890.
- Bulletin Soc. chir., janvier 1894.
- Trait. des prolaps. génitaux. Arch. de Tocol. et Gyn., 1894.
- Cœ*. — Am. J. of. obst., 1893.
- Chavannay*. — Du cloisonnement du vagin (Pr. méd., oct. 1909).
- Cullen*. — Surg. gyn. and obst., t. X, n° 3, mars 1910. Techn. opér. ds l'hyst. vag. p. prolapsus.
- Delbet*. — Traité de chir. Duplay et Reclus, t. VIII.
- Pr. utér. (J. des Praticiens, t. XXVIII, n° 19, 1914).
- Delanglade*. — Ann. gyn. et obst., juin 1907 (Bull. et Mém. Soc. chir., t. XXVIII, p. 1140, 1902).
- Dolérís*. — Les Ptoses génitales (Rev. obst. et gyn., 1903).
- Depage*. — Techn. de la cure des Pr. ut. complets (Soc. Belge de chir., t. XI, 1911).

- Demarest.* — Bull. Soc. Ch., n° 16, 11 mai 1920.
- Duval et Proust.* — Tech. Sut. relev. ds Périnéorrhaphie (Pr. Méd., 1902).
- De Vreese.* — La Cure des p. génit (Journal de Ch. Belge, t. XIV, n° 3, 1914).
- De Madec.* — Th. Paris, 1886.
- Dolivet.* — De la Colpect. totale. Th. Paris, 1920.
- Edebohls.* — Am. J. of. obst., 1893.
- Faure et Syredey.* — Gynécologie.
- Gaston.* — Op. de Muller. Th. Paris, 1910.
- Guenard.* — Cure p. génit. Méthode de Bouilly. Th. Paris, 1902.
- Gaudier.* — Bulletin méd. du Nord, 1893.
- Hartman et Du Bouchot.* — Hyst. vag. ds trait. du Prolaps. (Ann. gyn. et obst., janv. 1894).
- Jolly.* — Zeitschrift für Gébr. und Gynäk., t. LXVI, fasc. 1.
- Jacols.* — Prolap. ut. (Semaine gyn., 1903, t. VIII).
- Jardin.* — Th. Paris, 1900.
- Juvara.* — Trait. des Prolaps. par cloisonn. du vag. (Pr. méd., 1910).
- Klein.* — Zeitsch. f. Geb. und Gynäk., n° 1, 1913 (Journal de chir., nov, 1913).
- Lanique.* — De L'H. vag. ds. tr. Pr. ut. Th. Nancy, 1894.
- Lapointe.* — Des op. conservatrices dans le trait. du pr. génital. La Clinique, 1909.
- Les op. mutilantes dans le trait du pr. La Clinique, 1909.
- Soc. de Chirurgie, le 19 mai 1920.
- Legueu.* — Hyst. abd. et pr. ut. (Congrès Chir., 1901).
- Lecointe.* — Th. Paris, 1894.
- Lenormand et Petit-Dutaillis.* — Ind. et résult. de l'op. de Bouilly (J. de Chir., t. XII, avril 1914).
- Longuet.* — De l'H. vag. totale dans le pr. ut. (Gaz. des Hôp., sept., 1898, n° 108).
- Maclaure.* — Prolap. génital (J. des Pratic., 1900).
- Lejars.* — Bull. Soc. Chir., 20 décembre 1893.
- Pauchet.* — T. chirurgical du pr. utérin et des parois vaginales. La Clinique, 11 juillet 1913.

- Muller.* — Congr. des Nat. allemands. Heidelberg, 1913.
Prieur. — Pr. ut. et H. vag. Th. Paris, 1894.
Pozzy. — Trait. de Gynécologie (Soc. Chir., 1894, 1908).
Pératé. — Th. Paris, 1897.
Quénu. — Soc. de Chir., 1893, t. XIX; 1894, t. XX.
Riche. — Ann. Gyn. et Obst., 1894.
Richelot. — Bull. Soc. Ann., 1906.
— Chirurgie de l'utérus, p. 87.
— Ann. Gyn., 1896; Bull. Soc. Chir., t. XX, p. 45.
Savariaud. — Ann. Gyn. et Obst., 1906.
— Bull. Soc. Anat., 1906, t. XXXI.
— Soc. Chir., 1919.
— Bull. Soc. Chir., n° 16, 11 mai 1920.
Tuffier et Guibal. — Soc. Chir., 1916, p. 1200.
Violet. — Lyon médical, 1905, t. II, p. 107.
Terrillon. — Leçon de clinique chirurgicale, 1889.
Témoin. — Cont. à l'étude des P. génitaux. Th. Paris, 1889.

